DISSERTATION

N° 358.

SUR

L'EMPLOI DU FORCEPS

DANS LES ACCOUCHEMENS LABORIEUX;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 décembre 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR PIERRE-ADRIEN MANEC JEUNE, de Montpezat,

Département de Lot-et-Garonne;

Ancien Élève en médecine et en chirurgie des hôpitaux civils de Paris; Professeur particulier d'anatomie; Prosecteur au cours de médecine opératoire de M. Manec aîné (à l'amphithéâtre général des hôpitaux); ex-Chirurgien sous-aide-major à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; aide-major au 1er régiment de Lanciers (Lanciers de Nemours).

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER, Examinateur.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Président.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, Suppléant.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD, Examinateur. / CHOMEL, Examinateur. / ROSTAN.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste), Suppléant.	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Examinateur.
Brongniard.	Martin Solon, Examinateur.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné).
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Faible tribut de reconnaissance pour les sacrifices que je leur ai coûtés.

A MES FRÈRES.

Témoignage d'amitié.

P.-A. MANEC Jeune.

DISSERTATION

SUR

L'EMPLOI DU FORCEPS

DANS LES ACCOUCHEMENS LABORIEUX.

Le forceps, comme son nom l'indique, est une espèce de tenaille, de pince longue et forte, qui sert à aller saisir dans le sein de la mère la tête de l'enfant, pour l'amener au dehors.

C'est au commencement du dix-septième siècle que l'on fixe généralement l'origine du forceps. Depuis, on lui a fait subir une infinité de modifications qui en étendent et en facilitent l'usage.

Nous allons, dans un premier chapitre, examiner les principales variétés du forceps, et choisir les formes qui nous paraissent les plus propres à remplir l'indication qui se présente. Nous étudierons ensuite le mode d'action de l'instrument. Dans un second chapitre nous traiterons des cas qui peuvent nécessiter l'emploi du forceps. Enfin, dans une dernière partie, nous essaierons de poser des principes

généraux pour l'application du forceps dans les différentes positions du fœtus.

CHAPITRE PREMIER.

§ Ier. *Histoire et description du forceps.*

Les tenailles armées de dents crochues dont se servaient les Arabes pour déchirer et écraser la tête de l'enfant n'offrent aucune analogie avec le forceps destiné à extraire l'enfant en conservant ses jours. On attribue l'invention de cet instrument à l'Anglais *Chamberlain*, qui vivait au dix-septième siècle; néanmoins *Johnson* assure qu'un chirurgien de Brentford, nommé *Drinkwater*, s'était servi avant lui d'un forceps ayant la plus grande ressemblance avec celui décrit par *Chapmann* et *Griffart*, qui le tenaient de *Chamberlain*. C'est *Palfin*, chirurgien français, qui eut la gloire d'étendre cette découverte, et de la rendre ainsi plus salutaire à l'humanité, en publiant une description de la pince dont il se servait pour terminer les accouchemens difficiles.

Dès son origine, le forceps n'était que deux espèces de cuillers à soupe, à tiges droites, ce qui en restreignait l'usage à l'excavation et au détroit inférieur. Bientôt *Smellie*, en Angleterre, et *Levret*, en France, perfectionnèrent la tenaille de *Palfin*; ils la rendirent moins massive et moins meurtrière pour l'enfant, en pratiquant des fenêtres à chaque cuiller; une courbure faite sur le bord des branches de l'instrument en rendit l'usage plus facile et moins circonscrit. Enfin

le mode d'articulation des branches permit de saisir la tête avec plus de force et d'efficacité.

De tous les forceps qu'on a inventés depuis, et ils sont nombreux, celui de *Levret*, connu sous le nom de *forceps français*, est encore celui qui réunit le plus d'avantages. C'est donc lui que nous allons décrire, en indiquant les modifications que la pratique a montré nécessaire de lui faire subir.

Le forceps est une espèce de pince formée de deux branches semblables, réunies par une entablure à mi-fer, et croisées. La branche gauche (branche mâle) présente au point de jonction un pivot mobile qui s'introduit dans la mortaise pratiquée sur un point correspondant de la branche droite (ou branche femelle), et qui sert à les maintenir solidement unies ensemble. Les branches sont aplaties transversalement. La partie située au-devant de leur point de jonction est nommée extrémité pelvienne ou cuiller; la partie postérieure forme le manche de l'instrument. La cuiller, qui forme à peu près le tiers de la longueur, est fenêtrée; elle offre deux courbures, l'une sur le plat, et l'autre sur le bord; elles ont chacune six lignes de profondeur; le manche est cambré et recourbé en crochet pour donner plus de prise à l'accoucheur. Dans leur plus fort rapprochement possible, les cuillers laissent encore un peu d'écartement entre leurs extrémités pour éviter des pincemens fâcheux; leurs bords concaves ou antérieurs sont un peu plus rapprochés que les postérieurs, pour mieux embrasser la tête du fœtus par ses régions pariétales et temporales.

La longueur totale du forceps de *Levret* était de quatorze à quinze pouces; elle a été portée, d'après *Pean*, à seize et dix-sept pouces: l'instrument peut être ainsi plus facilement appliqué au détroit supérieur et au-dessus. Une vive-arête qui régnait le long de la face interne des cuillers, et qu'on croyait utile pour mieux accrocher la tête, a été supprimée par M. *Flamand*, et les deux faces des cuillers sont également lisses; la crête ne servait qu'à contondre les parties sur lesquelles elle s'appliquait. *Baudelocque* fit arrondir en olive l'extrémité

des crochets qui terminent le manche, et la convertit en crochet mousse. Enfin M. *Dubois*, pour en augmenter l'utilité, a fait tailler cette extrémité en pointe, pour s'en servir comme d'un crochet aigu, quand on enlève le bouton qui renferme la pointe.

Les dimensions des différentes parties du forceps, modifié comme nous venons de le dire, sont : longueur de l'extrémité pelvienne, huit à neuf pouces; longueur des manches, huit pouces; plus grande largeur des cuillers, vingt lignes; plus petite largeur, près du point de jonction, sept lignes; épaisseur du milieu des cuillers, deux lignes; de leur naissance, trois lignes; écartement des bords concaves, l'instrument joint et fermé, deux pouces; des bords convexes, deux pouces deux lignes. Le forceps doit être fabriqué en acier bien trempé.

Les Anglais se servent encore du petit forceps de *Smellie*, plus court que celui de *Levret*, et dont les manches sont en bois. Nul doute que ce forceps ne soit plus aisé à manier; mais il ne peut convenir que lorsque la tête a franchi le détroit supérieur. Tout récemment, M. *Dugès* a proposé de courber le forceps sur le plat, afin de saisir plus aisément la tête lorsqu'elle se présente transversalement au détroit supérieur. Cette modification est en effet de la plus grande utilité dans les cas indiqués par son auteur. Malheureusement il faudrait deux forceps pour les deux positions opposées, ce qui en restreindra toujours l'usage aux accoucheurs placés dans les grands établissemens.

Il est inutile de parler de cette multitude de forceps qu'on a imaginés depuis le milieu du dernier siècle; tous sont plus ou moins oubliés; aucun ne l'emporte sur le forceps français, tel que nous venons de le décrire. Ainsi, pour résumer ce paragraphe, le forceps de *Levret*, modifié par les modernes, convient dans la grande majorité des cas, et remplace avec avantage tous les autres forceps; celui de *Smellie* est peut-être un peu plus commode quand la tête est dans l'excavation; enfin, celui de M. *Dugès* devient utile quand une tête volumineuse se présente transversalement au détroit supérieur.

En France, le forceps de *Levret* est adopté par tous les accoucheurs de l'époque.

§ II. *Mode d'action du forceps.*

Le forceps est tantôt employé pour suppléer aux efforts de la nature, tantôt pour réduire une tête dont le volume est hors de proportion avec les parties qu'elle doit traverser. Dans le premier cas, le forceps est de la plus grande utilité ; rien ne saurait égaler ses bienfaits ; il épargne à la femme des douleurs vives et accablantes ; il met fin à tous les accidens qui peuvent survenir ; et s'il est appliqué avec méthode, il n'est jamais dangereux pour la mère ni pour l'enfant.

Mais le forceps cesse d'être aussi salutaire lorsqu'il est employé pour réduire une tête un peu volumineuse, et il est même constamment mortel pour l'enfant si la réduction à opérer dépasse certaines limites.

Les expériences de *Baudelocque*, répétées depuis, prouvent d'une manière irréfragable que la plus grande réduction que l'on puisse obtenir sur le diamètre bi-pariétal d'une tête ordinaire est de deux à quatre lignes, lors même qu'on emploie une force suffisante pour mettre en contact les extrémités postérieures de l'instrument. Une force égale agissant sur les extrémités du diamètre occipito-mentonnier a produit une réduction de six à huit lignes; mais alors les tégumens qui correspondent à la fontanelle antérieure se sont rompus, et le cerveau s'est échappé en grumeaux. Les mêmes expérimentateurs ont remarqué que pendant ces compressions forcées d'un des diamètres de la tête, le diamètre opposé n'augmentait pas d'une manière sensible ; ils ont vu, par exemple, que la tête n'augmentait pas d'épaisseur d'une bosse pariétale à l'autre lorsqu'on la comprimait du front à l'occiput, *et vice versâ ;* que le diamètre occipito-frontal n'était pas augmenté quand on comprimait sur les bosses pariétales. La tête diminue donc de volume d'une manière absolue.

Rien de plus aisé que de concevoir le mécanisme par lequel on ob-

tient une réduction de la tête. A l'époque de la naissance, les sutures du crâne ne sont point formées, les os ne se touchent point par leurs bords voisins; lorsqu'ils sont pressés par des forces opposées, ils se rapprochent, se touchent, et finissent même par chevaucher l'un sur l'autre. Mais cette disposition anatomique, qui favorise la diminution de quelques-uns des diamètres de la tête, n'existe que pour les os de la voûte du crâne, et la compression de la base est physiquement impossible, sans en briser les os.

Ainsi, une réduction de deux à quatre lignes sur le diamètre biparietal est tout ce qu'on peut obtenir à l'aide du forceps. Mais cette réduction est réelle; l'épaisseur des cuillers n'en diminue pas l'effet, car les extrémités du diamètre comprimé (les bosses pariétales) se logent dans la fenêtre des cuillers et se trouvent presque au niveau de leur face externe : ce qui n'augmente pas l'étendue du diamètre d'une partie de l'épaisseur des cuillers, comme l'avaient cru quelques accoucheurs. Quel que soit le volume de la tête, la réduction ne pourrait dépasser les limites que nous lui avons assignées sans danger pour l'enfant. Nous avons dit d'ailleurs que le rapprochement des branches du forceps à leur partie postérieure avait lieu lorsque la tête ne supportait que deux à quatre lignes de compression. C'est en vain que quelques accoucheurs ont avancé que le cercle osseux du bassin agissait sur les cuillers comme un anneau de fer autour des mors d'une pince, en augmentant leur action ; un pareil résultat ne saurait être produit sans broyer les parties molles interposées entre l'instrument et les os de la mère, sans écraser la tête du fœtus, ou disjoindre les symphyses du bassin.

Une autre erreur, qui a long-temps été le partage des hommes de l'art, c'était de croire que le degré du rapprochement des manches indiquait le degré de la compression de la tête : il n'en est nullement ainsi, et la résistance de la tête peut être telle qu'elle ne se laissera que faiblement déprimer, tandis que le contact des crochets, si on emploie une force suffisante, ferait croire à une diminution de plusieurs lignes.

L'action du forceps n'est donc point semblable à celle de la nature; celle-ci agit bien plus efficacement en s'exerçant d'une manière lente et graduelle. On a vu par ses seuls efforts des têtes énormes passer à travers des bassins rétrécis ou mal conformés. La tête se moulait alors sur les parois du canal qu'elle traversait, sans que l'enfant parût en souffrir beaucoup. Le forceps agit d'une manière trop brusque pour qu'on puisse en obtenir des résultats aussi heureux.

Il résulte de tout ce que nous venons de dire, que le forceps est le moyen par excellence pour terminer l'accouchement, quand la tête de l'enfant et le bassin de la mère sont dans un rapport convenable. Au contraire, quand on est forcé de réduire la tête du fœtus, l'action du forceps est bien moins salutaire; l'enfant court les plus grands dangers, et les parties de la mère sont toujours plus ou moins contuses. La réduction, du reste, ne peut être portée au-delà de quatre lignes, lors même que l'enfant est mort.

CHAPITRE II.

De l'indication d'appliquer le forceps.

L'accouchement naturel, celui qui s'effectue par les seules forces de la nature, ne peut avoir lieu que lorsque le fœtus présente à la filière du bassin l'une des extrémités de l'ovoïde, sous la forme duquel il est ployé dans la cavité de l'utérus.

Lorsque ces présentations favorables du fœtus se compliquent de quelque accident qui rend le travail dangereux pour la mère et pour

l'enfant, lorsque l'enfant se présente en travers à l'orifice utérin, qu'il a un volume trop considérable, ou lorsque, enfin, le bassin ou les parties génitales de la femme offrent une organisation vicieuse, ce qui rend l'accouchement lent, pénible, difficile, et même impossible sans le secours de l'art, celui-ci porte le nom de *laborieux* (à cause de sa lenteur), selon quelques auteurs; d'*artificiel*, selon d'autres; distingué en *manuel* et en *mécanique*, selon la nature des moyens mis en usage pour le terminer.

Hippocrate, *Sauvages*, et de nos jours *Desormeaux* et M. *Velpeau*, désignent ces sortes d'accouchemens sous le terme générique de *dystocie* (de δὺς et τοκος, *accouchement difficile*). Nous nous servirons de cette dernière dénomination.

La plupart des cas de dystocie peuvent, dans de certaines circonstances, nécessiter l'application du forceps. Ces causes, qui rendent la parturition difficile, ont été divisées, par presque tous les auteurs qui ont écrit sur l'art des accouchemens, en causes relatives à la mère, et en causes relatives au fœtus. Les unes et les autres peuvent exister avant le travail ou survenir pendant le cours de l'enfantement. Celles-ci rendent la dystocie accidentelle, et les autres la rendent essentielle.

Section Ire.

Dystocie essentielle.

La dystocie est essentielle par des causes relatives à la mère ou au fœtus.

§ Ier. *Causes de dystocie relatives à la femme.*

Ces causes dépendent d'un vice de conformation du bassin ou des parties génitales, tant externes qu'internes, de la présence d'une tumeur au pelvis, et de l'existence de quelque maladie grave.

A. *Vices de conformation du bassin.* Les vices qui peuvent affecter

la conformation du bassin sont très-nombreux et très-variables : les uns portent sur la grandeur et les autres sur la forme du bassin. Les vices par amplitude ne nécessitant jamais l'usage du forceps, ne nous occuperont point; il en sera de même du vice de direction des axes des détroits supérieur et inférieur : nous en parlerons à l'article *Obliquité de l'utérus*, qu'ils entraînent toujours à leur suite.

Les rétrécissemens du bassin produits par un vice de conformation portent sur le détroit supérieur, sur le détroit inférieur ou sur l'excavation, ou bien sur plusieurs de ces régions à la fois. Ces rétrécissemens peuvent s'étendre de quelques lignes à plusieurs pouces; *C. Bell* a vu un bassin dont le détroit supérieur n'avait que trois lignes dans son diamètre sacro-pubien, et le double dans le diamètre bis-iliaque. La figure du détroit varie alors suivant le diamètre raccourci; si l'angle sacro-vertébral fait une saillie trop considérable, l'entrée du bassin a la forme d'un cœur de cartes à jouer; si en même temps la symphyse des pubis se porte en arrière, le détroit figure un huit de chiffre; il représente un triangle, un trapèze, un trèfle, lorsque les diamètres obliques sont rétrécis, et selon que les extrémités du diamètre transversal sont plus ou moins arrondies. Un défaut de concavité de la face antérieure du sacrum rétrécit l'excavation pelvienne. Enfin, tous les diamètres du détroit inférieur peuvent également être raccourcis, soit par les tubérosités ischiatiques trop rapprochées, par les épines du même nom déjetées en dedans, ou enfin par le coccyx qui, soudé au sacrum, se porte trop en avant. Tous ces rétrécissemens peuvent se combiner ensemble et donner au bassin les formes les plus variables.

Outre les vices de conformation dont nous venons de parler, le bassin, quoique bien conformé, peut être rétréci dans toutes ses parties, et ce défaut de développement produira les mêmes résultats, sous le rapport de l'accouchement, que si le bassin était resserré par vice de conformation.

Un rétrécissement médiocre n'apportera aucun obstacle à la sortie du fœtus, si la tête de celui-ci est d'un volume un peu au-dessous des

proportions ordinaires ; mais si la tête offre les dimensions normales, et *à fortiori*, si elle est volumineuse, l'accouchement deviendra difficile ou impossible par les seuls efforts de la nature ; enfin, il sera impossible, même avec le secours de l'art, si le rétrécissement est porté au-delà de certaines limites.

Un autre vice de conformation du bassin, aussi dangereux et plus commun que les précédens, est le défaut d'ouverture suffisante à l'arcade des pubis, ce qu'on appelle l'*embarrure*. L'accouchement est alors très-difficile, et ne se fait jamais sans une large déchirure au périnée.

Sans pouvoir préciser d'une manière rigoureuse le degré de rétrécissement du bassin qui ne permet plus au fœtus de le traverser, il paraît démontré par l'expérience que l'accouchement est impossible pour une tête ordinaire, lorsque le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur n'offre plus que deux pouces quatre à cinq lignes d'étendue ! Le diamètre bi-pariétal se rétrécit donc alors de plus d'un pouce. Une réduction aussi considérable entraîne toujours après elle la lenteur du travail et les plus grands dangers pour l'enfant. La nature seule, par ses efforts gradués avec un ménagement que l'art ne saurait imiter, peut ainsi terminer d'une manière heureuse un accouchement qui avait d'abord paru impossible. Elle comprime la tête avec bien plus de force que le forceps, sans faire périr l'enfant ; d'autres fois elle assouplit la tête, elle la moule sous la forme du canal osseux qu'elle parcourt, et lui fait traverser un bassin vicié, rétréci dans un sens et élargi dans un autre. Dans ces cas aussi heureux qu'inespérés, immédiatement après la sortie de la tête on voit qu'elle s'est allongée et rétrécie en sens opposé. Rappelons-nous que le forceps ne produit jamais de résultats analogues.

Ces exemples de parturitions difficiles, mais naturelles, sans être rares, n'ont pas toujours lieu quand le bassin est rétréci ou vicié ; il arrive le plus souvent alors, pour peu que la difformité soit portée un peu loin, que la tête du fœtus s'arrête au rétrécissement, et les

contractions utérines et musculaires les plus énergiques ne peuvent la faire avancer. L'enfant ainsi retenu court les plus grands dangers, si l'art n'intervient pour lui sauver la vie.

L'application du forceps est ici le premier secours qui s'offre à l'esprit de l'accoucheur. Mais cet instrument peut-il toujours remplir le but qu'on se propose? Quelles sont les circonstances où il cesse d'être utile pour devenir nuisible? Le forceps appliqué sur une tête même volumineuse, en réduit le diamètre bi-pariétal à l'étendue de trois pouces. Comme dans l'acte de la parturition ce diamètre est parallèle au diamètre sacro-pubien du bassin de la mère, toutes les fois que ce dernier diamètre offre moins de trois pouces, le forceps ne peut être d'aucune utilité; bien plus, il devient nuisible, et si on le serre avec force, on s'expose à écraser la tête de l'enfant ou à désunir les os du bassin. Si le diamètre sacro-pubien n'offre que quelques lignes de raccourcissement, le forceps peut amener l'enfant avec quelque facilité; mais ce dernier court des dangers de plus en plus grands à mesure que le rétrécissement augmente.

Il résulte de ces considérations que le forceps termine l'accouchement sans danger pour la mère et pour son fruit, lorsqu'on agit sur des parties naturellement bien conformées: l'enfant peut être extrait, mais avec le risque de périr au passage, à travers un bassin dont le diamètre antéro-postérieur n'offre que deux pouces neuf à dix lignes d'étendue. Enfin, au-delà de ce rétrécissement, la nature peut seule pousser l'enfant au-dehors; et si ses efforts sont insuffisans, l'opération césarienne est la seule ressource qui reste à l'accoucheur pour sauver les jours de la mère et du fœtus.

L'angustie pelvienne résultant des vices de conformation que nous venons d'étudier, ou le volume trop considérable de la tête du fœtus, peuvent donner naissance à un accident très-fâcheux; je veux parler de l'enclavement. La tête, poussée par les contractions de l'utérus et les efforts de la femme, s'engage en partie; mais bientôt les obstacles devenant plus grands, elle s'arrête; et si l'on veut la refouler au détroit supérieur, il est impossible d'y parvenir, elle est enclavée.

Il n'est pas nécessaire que la tête soit comprimée dans toute sa circonférence, comme l'ont pensé quelques accoucheurs du dernier siècle, pour être ainsi arrêtée : il suffit que le diamètre bi-pariétal, par exemple, soit pressé entre la base du sacrum et le pubis, ce qui constitue l'enclavement le plus commun, ou bien que les rebords iliaques arrêtent le diamètre occipito-frontal, ce qui est beaucoup plus rare. La pratique a depuis long-temps prouvé que les choses se passaient presque toujours ainsi.

La tête peut aussi s'enclaver au détroit inférieur et même dans l'excavation, par des raisons faciles à concevoir. Dans l'un et l'autre cas, l'accoucheur saisira la tête avec le forceps et l'amènera au dehors. L'opération ne sera pas toujours facile, et la tête résistera quelquefois aux efforts de traction imprimés au forceps. La symphyséotomie pourra seule alors sauver les jours de l'enfant. L'opération césarienne ne serait ici d'aucune utilité, puisque la tête ne peut remonter au-dessus du détroit supérieur. Si la tête se trouvait enclavée par toute sa circonférence, le forceps ne pourrait être appliqué faute d'espace suffisant entre l'anneau comprimant et le corps comprimé : la section de la symphyse pelvienne serait encore indiquée.

Lorsque l'enfant est mort, la céphalotomie offre un moyen plus prompt et bien moins dangereux pour la mère.

B. *Obliquité de la matrice.* Par des causes qu'il est inutile de relater ici, et dont l'action est facile à concevoir, la matrice peut s'incliner dans toutes les directions. La saillie sacro-vertébrale, l'inclinaison du détroit supérieur et le relâchement des parois abdominales, rendent l'obliquité antérieure la plus fréquente de toutes. Ces déviations vicieuses de l'utérus présentent rarement d'autre indication que celle de placer la femme dans une position convenable pour détruire les effets de l'obliquité. L'usage du forceps n'est ici jamais indiqué, par le fait seul du déplacement.

C. *Prolapsus, chute et hernie de la matrice.* La science possède plu-

sieurs exemples de femmes qu'un prolapsus ou une hystérocèle n'ont pas empêchées de devenir enceintes, et même d'accoucher heureusement. Il faut se garder de croire qu'il en soit toujours de même; ces cas heureux sont assez rares, et le prognostic de la grossesse est bien plus fâcheux que lorsque la matrice est dans son état naturel. La conduite de l'accoucheur sera la même que si la chute de la matrice survient pendant le travail. (Voyez à la page 29).

D. *Vices de conformation du col, du vagin et de la vulve.* Je ne puis faire l'histoire de toutes les affections dont ces parties sont susceptibles; elles rentrent dans le domaine de la chirurgie, dont elles nécessitent souvent les secours. Le défaut d'extensibilité de la vulve, que les bains et les fumigations émollientes n'ont pu assouplir, exige seul l'emploi du forceps. Si la fente de la vulve n'est pas trop étroite, les tractions avec le forceps suffiront pour livrer passage à la tête, et obtenir une dilatation que n'auraient pu opérer les efforts de la mère et les contractions les plus énergiques de l'utérus.

E. *Tumeurs situées dans le bassin ou à la vulve; pierres dans la vessie.* Toute tumeur qui a son siége au détroit supérieur, à l'excavation ou à la vulve, doit nécessairement rétrécir ces parties en raison de son volume, et gêner l'expulsion du fœtus en raison inverse de sa compressibilité. Si ces tumeurs renferment un liquide, il faut les vider à l'aide d'une simple ponction; si elles sont plus ou moins solides, on tâche d'en débarrasser la femme, ce qui malheureusement n'est pas toujours facile. L'application du forceps peut devenir ici d'une grande utilité. En effet, telle tumeur qui résisterait aux efforts de la tête cède à ceux du forceps, et permet d'extraire vivant l'enfant, qui aurait probablement péri pendant son long séjour au passage.

Lorsqu'il existe un calcul dans la vessie, il faut tâcher de le maintenir au-dessus des pubis pendant les contractions. Si le corps étranger vient à s'engager avec la tête, il comprime entre elle et lui la vessie

et l'utérus, qu'il contond et qu'il déchire même quelquefois. La taille hypogastrique est alors positivement indiquée.

F. *Maladies graves.* Quelle que soit la maladie qui complique l'état de la femme en travail, si les efforts auxquels la femme est entraînée aggravent les symptômes de la maladie, la patiente devra garder le repos. L'accoucheur surveillera attentivement le travail, et si les contractions de l'utérus lui paraissent insuffisantes pour amener une prompte délivrance, il aura recours au forceps, à moins que la version ne soit très-aisée. (Voyez page 29).

§ II. *Causes de dystocie relatives au fœtus.*

Ces causes de dystocie essentielle sont de deux genres : les unes sont dues au volume, à l'organisation monstrueuse du fœtus, et les autres à la position qu'il affecte dans la cavité de l'utérus pendant le cours de la grossesse ou au moment du travail.

1er Genre. A. *Excès de volume.* L'on doute encore s'il a existé des enfans assez volumineux pour rendre l'accouchement impossible. Il est rare aussi de rencontrer une tête à l'état normal qui ne puisse traverser un bassin bien conformé : ce dernier cas peut s'offrir cependant, et il rend la parturition lente et difficile. La prudence fait un devoir au praticien de s'abstenir dans une pareille circonstance, et d'abandonner le travail aux soins de la nature. S'il devient urgent d'agir, en raison de quelque accident, il est préférable d'appliquer le forceps que de tenter la version. En effet, il est rare qu'en faisant l'extraction de l'enfant par les pieds l'occiput ne se renverse plus ou moins sur le dos, et que les diamètres occipito-frontal ou occipito-mentonnier ne soient ainsi substitués au diamètre occipito-bregmatique, qui se présente parallèlement à l'un des diamètres obliques du bassin lorsque la tête vient la première. Eh! qui ne voit que les obstacles ne font que devenir plus grands?

B. L'*hydrocéphalie*, cause toujours fort grave de dystocie, peut exiger quelquefois l'application du forceps. Les signes de cette maladie du fœtus sont : une tumeur large et étendue, formée par la tête ; les os de celle-ci sont très-écartés les uns des autres, et très-mobiles ; les fontanelles offrent des dimensions bien plus considérables qu'à l'état normal, et présentent quelquefois des os wormiens dans leur étendue.

La sérosité qui constitue l'hydrocéphalie par son épanchement dans les ventricules du cerveau ou à l'intérieur du crâne, pouvant s'accumuler dans des proportions variables, il est facile de concevoir que si elle est en quantité médiocre elle ne gênera que faiblement la sortie du fœtus. La mollesse que la tête conserve dans ces cas en facilitera encore l'expulsion ; mais l'amas du liquide peut devenir tellement abondant, que la tête soit arrêtée au passage. Quand le volume de celle-ci n'est pas excessif, et que la matrice menace de tomber dans l'inertie, on a recours au forceps, en ayant soin de ne rien rompre, et que l'instrument ne fasse pas d'échappées (*Velpeau*).

Enfin, le volume de la tête est-il plus considérable, le forceps n'est d'aucun secours. Quel parti prendre alors ? sacrifiera-t-on l'enfant par la céphalotomie ? ou bien exposera-t-on la vie de la mère pour conserver celle du fœtus, qui n'offre que des chances fort incertaines de viabilité ? Nous n'hésiterions pas. Si la tête est trop volumineuse pour rendre l'accouchement possible, même à l'aide du forceps, l'enfant ne saurait vivre long-temps, et il doit être sacrifié. Dans ce cas, pour éviter toute erreur fâcheuse de diagnostic, on évacuera le liquide à l'aide d'un trocar, et l'on terminera l'accouchement avec la main ou le forceps, si la nature est insuffisante. Il peut arriver que l'enfant vive, puisqu'on a pratiqué la ponction avec succès après la naissance (*Holbrock*, *Vose*, etc.). La céphalatomie devient nécessaire si la ponction est insuffisante.

C. *Monstruosités.* Le fœtus monstrueux présente une foule de variétés qui peuvent rendre l'accouchement plus ou moins difficile, et

exiger autant d'indications spéciales. Leur histoire nous entraînerait trop loin pour que nous puissions nous en occuper dans une thèse inaugurale.

D. *Grossesse composée.* La présence de deux ou de plusieurs fœtus dans la matrice n'entraîne pas toujours de la difficulté dans la parturition. Si les circonstances commandaient à l'accoucheur d'agir, il opèrerait sur chaque fœtus en particulier comme s'il était seul.

IIe Genre. — *Positions du fœtus.* Pour nous renfermer dans le sujet de cette dissertation, nous ne parlerons que des positions viciées de la tête, puisque nous établirons plus loin en principe que c'est sur la tête seule que doit être appliqué le forceps.

A. *Position du vertex.* Si la tête se présentait au détroit supérieur en troisième ou en sixième position de *Baudelocque*, et qu'elle n'avançât pas, il faudrait l'amener en première ou quatrième position du même auteur, à l'aide de la main ou du forceps, si la main ne suffisait pas.

Dans ces derniers temps, M. *Capuron* a prouvé d'une manière péremptoire que dans l'accouchement naturel les positions occipitales postérieures étaient impossibles toutes les fois que la tête du fœtus et le bassin de la femme conservaient leurs proportions ordinaires. Cet habile praticien prétend que, dans tous les exemples rapportés par les auteurs où l'accouchement s'est terminé sans les secours de l'art, l'occiput étant en arrière, le bassin était fort grand ou la tête très-petite. Dans sa pratique, M. *Capuron* n'a rencontré que des cas analogues; l'accouchement ne se terminait que lorsque le bassin et la tête étaient dans un rapport favorable de volume et de capacité. Le forceps devenait nécessaire quand ces parties offraient leurs grandeurs ordinaires.

Si l'on examine avec attention ce qui se passe dans le mécanisme de l'accouchement naturel pour les positions postérieures, l'on voit qu'à

mesure que l'occiput parcourt de haut en bas la courbure du sacrum, la face remonte graduellement derrière les pubis, et au moment où l'occiput franchit le périnée, le menton se trouve séparé de l'angle sacro-vertébral par l'épaisseur de la partie inférieure du cou, ou du haut de la poitrine; en conséquence, le diamètre occipito-mentonnier n'est donc point parallèle à l'axe du détroit inférieur, condition essentielle pour l'accouchement naturel.

N'ayant aucun fait authentique ni personnel à opposer aux raisons du savant professeur, nous adoptons pleinement son opinion; et comme lui, dans ces mêmes cas, nous appliquerions le forceps si le travail n'avançait pas.

B. *Présentation de la face.* Par des raisons à peu près semblables à celles que nous venons de faire valoir, M. *Capuron* rejette les présentations de la face du nombre de celles de l'accouchement naturel. Il faut donc toujours s'attacher à convertir ces positions en une de celles du sommet, et appliquer le forceps si la main ou le levier ne suffisaient pas.

C. *Présentation des tempes.* L'accouchement étant toujours impossible, il faut changer ces positions en positions du sommet.

Dans les différentes présentations vicieuses du sommet que nous venons d'étudier, si la tête est mobile au détroit supérieur, et la matrice bien dilatée, la version est préférable au forceps, à moins d'indication particulière.

Si la tête (présentation du vertex), arrivée dans l'excavation, n'exécutait pas son mouvement de rotation en quart de cercle, l'occiput ne pourrait se dégager, et le forceps serait nécessaire pour ramener le diamètre occipito-bregmatique dans une position directe.

Section II.

Dystocie accidentelle.

Les accidens qui viennent entraver la marche de la nature dans l'accouchement, et qui nécessitent les secours de l'art, sont très-nombreux. Les principaux sont : 1° l'hémorrhagie ; 2° les convulsions ; 3° la faiblesse et les syncopes ; 4° le renversement du col de la matrice ; 5° l'issue prématurée du cordon ombilical ; 6° son défaut de longueur ; 7° une hernie irréductible ou un anévrysme considérable ; 8° une chute de la matrice ; 9° une rupture du même organe.

1° *Hémorrhagie.*

Une hémorrhagie, quelle qu'elle soit, qui survient pendant le travail, doit être combattue par des moyens appropriés et indépendamment de cette dernière circonstance. Toutefois, l'on conçoit que les efforts de la femme pour aider l'expulsion du fœtus doivent augmenter les dangers de l'hémorrhagie. Il peut donc alors devenir indispensable de commander à la femme un repos absolu, et de terminer l'accouchement par les mains, ou avec le forceps si la tête est engagée, si elle offre une position défectueuse ou un volume un peu considérable, etc.

De toutes les pertes sanguines, la métrorrhagie est sans contredit la plus fréquente et la plus dangereuse chez la femme en travail. Les causes de cette hémorrhagie sont : la pléthore, les vives affections, toute excitation sur les organes du bassin, le décollement du placenta, et l'insertion totale ou partielle de cet organe sur le col de l'utérus. Les exemples rapportés par *Delamotte*, *Levret*, *Baudelocque*, et plus récemment par M. *Ribes*, ne sauraient faire admettre la rupture du cordon comme cause d'hémorrhagie utérine dans le cas qui nous occupe.

Quelle que soit la nature de la métrorrhagie, qu'elle ait lieu par exhalation (dans le *molimen hæmorrhagicum* de *Stahl*), ou par le décollement partiel du placenta (selon *Puzos*), les résultats en sont toujours les mêmes, et la gravité du prognostic est en raison de l'abondance et de la rapidité de l'hémorrhagie. Si le sang coule au dehors, il est impossible de se méprendre sur la nature de l'accident; mais le diagnostic devient plus difficile si l'hémorrhagie est interne ou cachée. En effet, l'épanchement du sang est alors toujours méconnu, s'il n'a pas lieu un peu rapidement et en assez grande abondance; mais dans ce cas, la femme se plaint souvent d'une douleur sourde et fixe, et d'un sentiment de pesanteur dans l'utérus; cet organe se laisse distendre par le sang, et il augmente un peu de volume; en même temps le visage pâlit et s'altère, le pouls devient faible, les extrémités se refroidissent; en un mot, il survient tous les signes d'une hémorrhagie interne.

La conduite de l'accoucheur doit varier ici suivant que le col de la matrice est encore intact ou qu'il est dilaté. Dans le premier cas, il se comportera comme dans une métrorrhagie survenue hors le temps de la grossesse; au contraire, si le col est tout à fait ou presque tout à fait dilaté, il favorisera le travail de la nature. Dans ce but, il rompra la poche des eaux dès qu'elle sera formée; il ramènera la tête dans une direction convenable, s'il le juge nécessaire; et lorsqu'elle sera engagée, il aidera les contractions de la matrice par des frictions à l'hypogastre ou par l'emploi du seigle ergoté.

Enfin, si le danger est pressant, il amènera l'enfant par les pieds, s'il est encore au-dessus du détroit supérieur, et si la version ne doit pas être trop longue; au contraire, lorsque les eaux se sont écoulées depuis long-temps, la matrice est fortement appliquée sur le fœtus, la version est alors presque impossible, et le forceps doit être appliqué.

L'application du forceps est toujours impérieusement commandée lorsque la tête a franchi le col de l'utérus en totalité ou en partie. Il serait, en effet, alors impossible de refouler la tête pour opérer la

version, et trop dangereux d'abandonner l'expulsion du fœtus aux efforts de la mère, pour peu que le travail menaçât de traîner en longueur.

Il arrive souvent que l'hémorrhagie utérine est due à l'implantation du placenta sur le col de l'utérus ; alors elle est toujours externe. Elle est ordinairement annoncée par de légers écoulemens sanguins, à partir du septième mois de la grossesse, et produite par l'évasement du col, qui se détache ainsi peu à peu du placenta. Cette sorte d'hémorrhagie est d'autant plus dangereuse, qu'elle augmente à mesure que le travail avance, et que tous les efforts de la mère se trouvent sans résultat favorable, puisque la présence du placenta sur l'orifice utérin empêche la poche des eaux de se former. Il est donc nécessaire que l'accoucheur intervienne alors pour décoller le placenta, le déchirer même si le décollement est trop difficile, et aller rompre les membranes. Dans ce cas, si souvent fâcheux pour l'enfant, celui-ci, privé de ses communications avec la mère, ne peut vivre long-temps sans respirer, et l'accouchement doit être promptement terminé. Pour peu que la manœuvre de la version paraisse difficile, le forceps sera appliqué sur-le-champ ; il en serait de même si la tête s'était engagée après l'écoulement des eaux.

2° *Convulsions.*

Le surcroît de sensibilité que le système nerveux de la femme acquiert pendant la grossesse la rend très-sujette aux convulsions. L'époque du travail étant le moment où l'appareil sensitif est le plus vivement excité, c'est aussi celui où les convulsions sont et plus fréquentes et plus fortes. Les femmes pléthoriques, à cou court, celles qui sont délicates, irritables, sont exposées aux convulsions puerpérales comme aux autres variétés de cette maladie. Les autres causes qui peuvent amener les convulsions sont tous les agens qui stimulent les nerfs ; il serait trop long de les énumérer. Les convulsions varient d'intensité depuis de légers mouvemens des muscles de la

face ou des membres jusqu'aux contractions les plus violentes et les plus désordonnées. La face fait les grimaces les plus bizarres; les membres se tordent, s'étendent et se fléchissent alternativement avec une force incroyable; le tronc se renverse en arrière, les yeux roulent dans les orbites; le pouls et la respiration sont accélérés, etc. Les accès sont quelquefois annoncés par des étourdissemens, de la céphalalgie, des inquiétudes dans les membres, etc.; ils durent de quelques minutes à une demi-heure; d'autres fois pendant plusieurs jours, et même des mois entiers. M. *Capuron* cite dans son cours l'exemple d'une dame qui était prise de convulsions au commencement de ses grossesses; vers la fin, le tronc était entièrement renversé en arrière, et il ne se redressait qu'au moment du travail.

Les convulsions portées à un si haut degré sont heureusement fort rares; je dis heureusement, car, d'après les observations de madame *Lachapelle*, malgré le traitement le mieux entendu, il meurt environ le tiers des malades. Cet état n'est pas moins dangereux pour l'enfant, et il n'est point rare de le voir périr dans le cours d'un accès un peu long. L'accoucheur ne saurait donc trop se hâter de combattre cette fâcheuse complication; il s'attachera principalement à détruire les causes qui l'ont produite. Suivant l'indication, il emploiera tour à tour les antispasmodiques, la saignée et les bains.

L'état du col utérin devra fixer spécialement l'attention du praticien; souvent alors cet organe est resserré : tantôt ce resserrement est indépendant des convulsions, tantôt il en est la suite fâcheuse; dans ce dernier cas, on le sent se contracter au moment de l'accès. Des frictions avec le cérat opiacé, ou avec la pommade belladonée, faites sur le col, suffiront souvent pour lui rendre la souplesse nécessaire pour céder aux efforts expulsifs de la matrice. Si la rigidité persistait, et que le col fût évidemment squirrheux, il conviendrait d'y porter le bistouri. Des auteurs récens regardent les craintes de madame *Lachapelle*, à ce sujet, comme étant exagérées.

La dilatation du col une fois obtenue, si le travail marchait avec

lenteur, il faudrait opérer l'accouchement artificiel. L'enfant vient-il en travers ou par son extrémité inférieure, il faut l'amener par les pieds; au contraire, s'il présente la tête, et surtout si celle-ci s'engage, il faut appliquer le forceps. La difficulté d'exécuter alors une autre manœuvre, et la lenteur du travail, si on l'abandonnait à lui-même, renouvelleraient les accès convulsifs et compromettraient grandement les jours de la mère et de son fruit.

3° *Faiblesse et syncope.*

Lorsque la femme tombe dans l'abattement, que les douleurs se ralentissent, et que la matrice cesse de se contracter, il faut bien distinguer les cas où cette prostration est réelle d'avec ceux où elle n'est qu'apparente. Souvent, en effet, une vive douleur, une légère congestion brident les efforts de la femme et jettent l'utérus dans l'inertie ; les forces sont alors comprimées et non éteintes, et une saignée suffit pour rappeler les contractions utérines et faire avancer le travail. L'épuisement de la femme en travail est le plus souvent occasioné par une diète prolongée, une hémorrhagie, des efforts répétés ; alors, suivant M. *Capuron*, « le visage est pâle, l'œil abattu, la « voix presque éteinte ; le pouls n'a plus de force et se distingue à « peine ; la matrice est dans l'inertie, et on la sent molle et flasque « dans la région hypogastrique ; il n'y a point de douleurs, ou elles « sont faibles, lentes et sans effet ; le repos, les restaurans et les to- « niques ne peuvent les ranimer ; le plus léger mouvement occasione « des syncopes qui se multiplient et se prolongent de plus en plus. »

Dans ces cas il faut se hâter de terminer l'accouchement, dans la crainte de voir expirer la femme pendant le cours du travail. Quand il n'y a pas d'indications particulières, c'est-à-dire toutes les fois que l'enfant présente la tête, il faut recourir à l'application du forceps, comme étant plus prompt que la version, et moins dangereux pour la mère.

Si la tête était trop mobile pour pouvoir être facilement saisie par

le forceps, ou si l'enfant présentait toute autre partie, la version serait préférable au forceps.

4° *Resserrement du col.*

Nous avons dit, en parlant des convulsions, dans quelles circonstances on appliquait le forceps pour le resserrement du col. Outre ce resserrement, déjà cité, le col peut se contracter sur le cou du fœtus après le passage de la tête : ce cas est fort rare ; M. *Capuron* n'en a pas rencontré dans sa longue pratique. Quelques accoucheurs ont été jusqu'à distinguer le resserrement de l'orifice supérieur du col et celui de son orifice inférieur. Mais ces auteurs ne se sont pas rappelé que le col utérin, complètement effacé à l'époque de la parturition, n'offrait alors qu'un anneau, auquel il serait impossible de distinguer des extrémités.

Toutefois, si cet accident se présentait, après avoir tenté d'assouplir le col avec le cérat de belladone, il faudrait saisir la tête avec le forceps, et terminer l'accouchement. Pendant les tractions avec le forceps, si le col était entraîné par les épaules, l'accoucheur ou un aide intelligent le retiendrait à la vulve, en appliquant la pulpe des quatre derniers doigts de chaque main autour de la circonférence du col.

5° *Issue du cordon.*

La chute du cordon ombilical n'arrive jamais qu'après la rupture des membranes, comme il est facile de le concevoir. Ses causes sont la longueur démesurée des vaisseaux du cordon. Cet accident, très-dangereux pour l'enfant, ne peut guère être nuisible à la mère. Lorsqu'on se trouve en présence d'un pareil événement, la première indication qui se présente est de s'assurer de l'état du cordon. S'il est sans pulsations, froid, flétri ou putréfié, l'enfant est mort. Dans ce cas il faut abandonner le travail à la nature, à moins qu'il ne présente d'autres obstacles. Mais si le cordon annonce par sa chaleur, sa

fermeté, que l'enfant est encore en vie, l'accoucheur devra se comporter différemment, suivant que le col de l'utérus est ou non dilaté.

Si le col n'est pas dilaté, on se contente de faire rentrer le cordon dans le vagin, en ayant soin de le refouler lorsqu'il redescend, et on attend l'arrivée des douleurs. Le col étant dilaté, faut-il terminer l'accouchement ou l'abandonner aux efforts de la mère? Il est certain que beaucoup de femmes sont accouchées naturellement d'enfans vivans malgré la sortie prématurée du cordon. Si le travail marche, et si la circulation continue à se faire de la mère à l'enfant, on doit encore laisser marcher la nature. Au contraire, on ne saurait trop se hâter d'agir quand les pulsations ont cessé dans les artères ombilicales ; alors, en effet, le cordon se trouve comprimé entre le bassin et la partie qui se présente au passage, et l'enfant court les plus grands dangers. La tête est-elle engagée, ou bien présente-t-elle un volume un peu considérable, il faut appliquer immédiatement le forceps ; car, dans le premier cas, l'indication étant pressante, rien ne saurait débarrasser la femme d'une manière aussi prompte que le forceps. Dans le second cas, si l'on opérait la version pendant le passage difficile de la tête au détroit, la compression pourrait être encore plus forte, et l'enfant périrait indubitablement avant de naître.

6° *Brièveté du cordon.*

Il arrive quelquefois que le cordon ombilical est réellement trop court pour permettre à l'enfant de sortir entièrement sans décoller le placenta ou sans produire un renversement de l'utérus. Les mêmes accidens peuvent être dus à un cordon assez long, mais qui se serait entortillé autour du cou ou des membres du fœtus. Les anciens attribuaient à cette cause la rentrée de la tête après s'être présentée à la vulve sans pouvoir la franchir ; phénomène mieux connu de nos jours, et dû à l'élasticité naturelle de la vulve et du périnée.

La brièveté du cordon est fort rare ; rien ne saurait la faire soupçonner avant la sortie de la tête. Celle-ci devrait encore avoir franchi

le col utérin pour qu'on pût reconnaître l'entortillement du cordon autour du cou. Dans ces deux cas le travail est déjà fort avancé ; dès qu'on s'aperçoit de la torsion du cordon, on le coupe avec des ciseaux courbés sur le bord, et on termine l'accouchement pour faire respirer l'enfant. Le forceps est ici formellement indiqué toutes les fois que l'enfant présente la tête.

M. *Maygrier* donne encore le conseil d'appliquer le forceps lorsque la résistance du cordon et du placenta est telle que l'enfant ne peut avancer, malgré la vivacité des douleurs de la mère.

7° *Hernie, anévrysme, etc.*

Les causes de dystocie qui appartiennent à cette catégorie existent ordinairement plusieurs jours avant le travail ; elles devraient donc être classées dans la première section, parmi les causes antérieures à la parturition. Comme quelques-uns de ces accidens peuvent survenir pendant le travail, nous en parlerons ici.

Une hernie irréductible peut s'étrangler, et un sac anévrysmal se rompre pendant les efforts de la femme pour expulser le fœtus. Lorsqu'on a à craindre un pareil accident, il faut recommander le repos à la mère, et favoriser la marche du travail. Si le col ne se dilate pas sous l'influence des contractions utérines, on aide son assouplissement. Le col une fois ouvert, la tête ne s'engage-t-elle pas, il faut aller saisir les pieds et amener l'enfant. Au contraire, la tête est-elle engagée, il faut appliquer le forceps et terminer l'accouchement, en ayant soin d'ordonner à la femme de ne pas faire le moindre effort.

8° *Chute de la matrice.*

Les femmes qui ont des relâchemens de l'utérus sont exposées à la chute de cet organe pendant le travail, surtout s'il est un peu long. Lorsqu'on est menacé d'un pareil accident, il faut recommander le repos à la femme, et aider l'accouchement, comme dans les cas de

hernie ou d'anévrysme. On n'oubliera point en même temps de maintenir le col utérin à la vulve, ainsi que nous l'avons dit à la page 27.

9° *Rupture de la matrice.*

Les causes de cet accident sont : l'écoulement prématuré des eaux, la faiblesse relative des parois de l'utérus, sain ou affecté d'une maladie, et les contractions énergiques de cet organe sur le fœtus qui n'avance pas, retenu qu'il est par la rigidité du col ou par le bassin de la mère. Dans ces cas, toujours fort graves pour la mère et pour l'enfant, dès qu'on a reconnu la nature de l'accident, si l'état du col le permet, il faut se hâter de terminer l'accouchement par le forceps; la version serait ici très-dangereuse, car pendant la manœuvre le fœtus peut passer dans l'abdomen : il ne reste alors d'autres ressources que l'opération césarienne.

Nous venons de passer en revue les cas qui réclament l'application du forceps; quelque nombreux qu'ils paraissent, rien n'est plus rare que la nécessité absolue de cet instrument. Sur un relevé de 54,723 accouchemens faits par mesdames *Boivin* et *Lachapelle*, *Boër*, *Merriman*, *Nœgèles*, le forceps n'a été jugé nécessaire que 287 fois; ce qui donne 1 sur 200. Un accoucheur habile trouve rarement à appliquer le forceps plus d'une fois sur deux cents accouchemens.

Toutes les fois que la tête est mobile au détroit supérieur, la version est préférable au forceps, excepté le cas où il y aurait rupture de la matrice; mais si la tête est dans l'excavation et qu'il soit commandé de terminer l'accouchement, il serait trop difficile de refouler la tête pour faire la version, comme le veut M. *Flamand*. Il est plus aisé et beaucoup moins dangereux pour la mère et pour l'enfant de terminer l'accouchement par l'application du forceps.

CHAPITRE III.

DE L'APPLICATION DU FORCEPS.

§ I^er^. *Préceptes généraux.*

L'application du forceps est soumise à des préceptes généraux que nous allons exposer, pour rendre plus facile l'étude des règles à suivre dans chaque cas particulier. Ces préceptes doivent être considérés relativement au fœtus, à la mère, à l'accoucheur et à l'instrument lui-même.

A. *Préceptes relatifs au fœtus.* Toutes les fois que l'enfant est vivant, le forceps ne peut être appliqué que sur la tête. C'est à tort que quelques accoucheurs ont voulu suivre l'exemple de *Smellie*, et faire usage de cet instrument lorsque l'enfant vient par le siége. Les rares succès qu'ils ont obtenus ne doivent pas faire imiter leur conduite. Pour peu qu'il fallût employer d'efforts dans ce cas, les cuillers évaseraient les os des hanches; leurs extrémités libres contondraient les viscères abdominaux, ou comprimeraient la poitrine, et ne manqueraient pas de faire périr l'enfant.

Pour obtenir du forceps l'effet le plus avantageux, ses cuillers doivent saisir la tête du fœtus parallèlement à son plus grand diamètre, c'est-à-dire de l'occiput au menton ; il est très-facile alors d'extraire la tête par un mécanisme semblable à celui qui la chasse au-dehors, dans l'accouchement naturel. Ainsi placé entre les cuillers, l'occiput cor-

respond à leur extrémité postérieure, le menton à leur extrémité antérieure; les bosses pariétales et les oreilles se trouvent logées dans l'écartement des jumelles.

Par une prévoyance heureuse de la nature, les parties latérales de la tête sont précisément celles qui peuvent supporter l'application du forceps avec le moins de danger.

Le précepte salutaire de saisir la tête dans le sens de son diamètre longitudinal peut n'être pas toujours applicable. C'est ainsi que si la tête venait à s'enclaver en travers au détroit supérieur, il faudrait, comme *Deleurie* et *Baudelocque* l'ont conseillé, embrasser cet organe du front à l'occiput, quelque danger qu'il y ait à appliquer une cuiller sur la face.

Le premier devoir de l'accoucheur sera donc de bien s'assurer de la position de la tête; il tâchera aussi d'en apprécier le volume comparativement à la largeur du bassin, pour voir s'il doit espérer d'en obtenir l'extraction. Pour toucher la femme, il saisira le moment où les eaux viennent de s'écouler, et celui où la tête vient de descendre, si elle est dans l'excavation; car, pour peu qu'il différât, dit M. *Capuron*, il donnerait au cuir chevelu le temps de s'engorger et de s'opposer aux recherches convenables.

B. *Préceptes relatifs à la femme.* On n'introduit jamais le forceps avant que le col de l'utérus, le vagin et la vulve ne soient assez souples pour laisser passer la tête.

La femme doit être couchée à la renverse, sur l'extrémité de son lit, de manière que les fesses débordent un peu; les jambes et les cuisses fléchies et maintenues écartées. Cette situation est la plus commode pour la femme et pour l'accoucheur; un simple jupon couvrira la femme jusqu'aux genoux, pour ne point alarmer sa pudeur. Lorsqu'un accident le commande, et que la position du fœtus le permet, la mère peut rester sur le lit ordinaire, pourvu qu'elle ait le bassin un peu relevé. Comme l'instrument ne saurait être introduit à l'insu de la femme, il convient de le lui montrer pour la rassurer sur

sa nature inoffensive. *Baudelocque* n'appliquait jamais le forceps sans l'avoir reçu, dit-il, des mains de la femme; il convient d'éviter, autant que possible, le cliquetis que le contact des branches produirait pendant la manœuvre.

C. *Préceptes relatifs à l'accoucheur.* Celui-ci devra conserver le sang-froid nécessaire en pareille circonstance, pour opérer avec certitude, et ne point effrayer la patiente et les assistans; il ôtera son habit afin d'agir plus commodément, et il se placera debout entre les jambes de la malade.

D. *Préceptes relatifs à l'instrument.* Les branches du forceps, séparées l'une de l'autre, seront légèrement chauffées en hiver, et toujours enduites d'un corps gras avant leur introduction.

Chaque branche doit être introduite séparément avec la main qui lui correspond, en commençant toujours par la branche gauche, parce qu'elle doit rester en dessous. Néanmoins, il est plus avantageux de commencer par la branche femelle, quand l'occiput correspond à la fosse iliaque.... La main qui ne doit pas tenir l'instrument est préalablement glissée en demi-supination entre la tête du fœtus et les parties de la mère, dans le but de garantir de tout accident les parties génitales de la femme, pour guider la cuiller et la diriger sur les côtés de la tête qu'elle doit embrasser.

M. *Hatin*, dans son Manuel d'obstétrique, donne des préceptes un peu différens de ceux-ci; cet accoucheur veut que dans les positions diagonales de la tête la même main serve à guider les deux cuillers sans la retirer du vagin, tandis que l'autre main introduit l'une après l'autre les deux branches du forceps. En conséquence de ces principes, l'accoucheur dont nous parlons conseille d'introduire la branche à mortaise la première, dans toutes les positions occipito et fronto-cotyloïdiennes gauches. Si cette manœuvre était aussi facile à exécuter que le prétend son inventeur, elle serait préférable aux autres, puisqu'elle est plus prompte. Malheureusement, il n'est guère permis de

croire qu'il soit aisé de faire passer une main d'un côté à l'autre de la tête, et de manier de la même main les branches du forceps avec une égale dextérité.

Les règles à suivre pour l'introduction de chaque branche sont les mêmes. Supposons qu'on veuille appliquer la branche gauche dans une première position au détroit supérieur : la main droite est introduite en demi-pronation dans l'intérieur de l'utérus, et portée entre les parois de cet organe et la tempe gauche du fœtus; l'opérateur saisit de la main gauche la branche à pivot, et, la tenant comme une plume à écrire, ou bien à pleine main, pour plus de solidité (M. *Hatin*), il tourne le bord concave en haut, et, inclinant le manche vers l'aine droite de la femme, il insinue l'extrémité de la cuiller dans les parties génitales, et lui fait parcourir le chemin nécessaire, en faisant glisser sa face convexe contre la paume de la main droite. La cuiller est ainsi conduite jusque sur le côté gauche de la tête du fœtus, où la main droite la place selon le diamètre occipito-mentonnier. Pour gagner cette position, l'extrémité de la cuiller chemine d'abord dans la concavité du sacrum, et monte ensuite vers la symphyse sacro-iliaque gauche. Pendant qu'elle exécute ce mouvement, le manche descend de droite à gauche vers la ligne médiane, et vient s'appliquer contre la face interne de la cuisse gauche.

Cette première branche une fois bien placée, on la donne à tenir à un aide, pendant que l'on introduit la seconde de la main droite, et de la même manière.

Les deux branches étant à une égale profondeur, on s'occupe de leur articulation; la mortaise de l'une doit correspondre exactement au pivot de l'autre. Le bord concave du forceps est alors tourné en haut et un peu à gauche; la face interne des cuillers embrasse les côtés de la tête du fœtus, et leur face convexe est en rapport avec la symphyse sacro-iliaque gauche pour la branche homologue, et avec la cavité cotyloïde droite pour la branche droite. On s'assure alors que la tête est seule embrassée, en faisant exécuter à l'instrument des mouvemens de *va et vient* en totalité. Si la femme n'éprouve pas un

sentiment de déchirure, de pincement, le col ni la matrice ne sont point saisis, et l'on peut procéder à l'extraction de la tête.

On saisit l'instrument avec les deux mains, la main gauche portée en supination le plus près possible des organes de la mère, et l'autre placée en pronation près des crochets. On tire avec force et lenteur parallèlement à l'axe du détroit abdominal, et lorsque la tête est dans l'excavation, on lui imprime le mouvement de rotation qui ramène l'occiput derrière les pubis, en portant le manche du forceps vers la ligne médiane; alors la main qui était en avant se place en pronation, et l'autre se place à son tour en dessous. On exerce les tractions selon l'axe du détroit inférieur, c'est-à-dire directement en avant. Dès que la tête paraît à la vulve, on fait soutenir le périnée pour éviter toute déchirure, et après avoir dégagé l'occiput, on lui fait exécuter son mouvement d'extension forcée sous l'arcade du pubis, en renversant le manche sur l'abdomen de la femme.

Si la tête ne cède pas aux tractions directes, on peut lui imprimer avec le forceps de légers mouvemens de latéralité, pour tâcher de l'ébranler plus facilement. Quand on opère pour obtenir une réduction, on doit entourer les manches du forceps avec un lacs ou une serviette, afin de les assujettir plus solidement ensemble, et agir avec plus de force.

La tête étant dégagée, ou bien laissée à la vulve, si on le juge convenable, on lâche un peu le manche du forceps, et on le retire en entier. Si l'on voulait abandonner la tête dans l'excavation, il faudrait désarticuler les branches et les retenir séparément, en leur faisant parcourir une route opposée à celle de leur introduction.

Au lieu de placer les cuillers du forceps sur les côtés de la tête, selon les préceptes établis plus haut, *Levret* et les accoucheurs allemands veulent qu'on introduise toujours les branches par les parties latérales du bassin, sans égard pour la position de la tête. Qui ne voit que la tête peut se trouver alors saisie du front à l'occiput ou diagonalement, ce qui rend son extraction difficile, en même temps qu'on est exposé à contondre la face de l'enfant. C'est en vain que

M. *Velpeau* prétend que pendant l'articulation des branches, les positions diagonales et transversales de la tête se convertissent en positions directes, et que le diamètre occipito-mentonnier finit par se trouver dans la direction des cuillers. Ce changement heureux ne saurait toujours s'opérer, et il reste préférable de suivre le précepte des accoucheurs français.

§ II. *Règles particulières.*

Nous allons rapidement passer en revue les diverses positions de la tête, et indiquer à chacune d'elles la manière d'appliquer le forceps. Nous suivrons dans cet exposé l'ordre naturel des présentations, en commençant par les plus communes. Pour éviter des répétitions inutiles, les positions qui réclament la même manœuvre seront réunies ensemble.

A. *Présentations du sommet.*

1° *Position occipito-pubienne* (détroit inférieur). On introduit la main droite dans le vagin, où elle sert à guider l'extrémité de la branche à pivot poussée de la main gauche; on ramène de haut en bas et de droite à gauche l'extrémité du manche, vis-à-vis la symphyse du pubis, et parallèle à l'axe du détroit inférieur. On la confie à un aide, et l'on place la branche droite tenue par la main homologue, et guidée par la main gauche. On termine comme nous l'avons dit, page précédente.

Au détroit supérieur, l'application des branches est la même; seulement on les insinue à la hauteur de sept à huit pouces, et on abaisse le manche plus fortement. La tête devra être un peu refoulée, pour qu'on puisse convertir cette position en position diagonale. (Voy. pag. 35.)

2° *Position occipito-sacrée.* L'application du forceps est la même que dans la position précédente; le manche est un peu moins élevé.

Pour dégager la tête, on inclinera l'instrument vers le périnée, que l'on aura bien soin de faire soutenir.

Au détroit supérieur, mêmes préceptes.

3° *Position cotyloïdienne gauche.* On introduit la branche droite la première, en inclinant un peu moins son extrémité externe vers l'aine gauche que dans les positions précédentes. Le crochet est ramené vers la cuisse gauche pour être parallèle à la direction diagonale de la tête; la tête une fois saisie, on la fait tourner de gauche à droite pour ramener l'occiput derrière les pubis, et on terminera comme ci-dessus.

Au détroit supérieur, mêmes manœuvres.

Si c'est le front qui correspond au trou ovalaire, on se conduit de la même manière; seulement le mouvement de rotation ramène l'occiput de la symphyse sacro-iliaque droite vers le milieu du sacrum. On dégage la tête comme dans la seconde position directe.

4° *Position cotyloïdienne droite.* On introduit d'abord la branche à pivot saisie de la main gauche; tout le reste comme dans la position analogue du côté gauche.

5° *Enclavement.* Toutes les fois que la tête sera enclavée, il sera impossible d'insinuer les cuillers entre le point comprimé et la partie comprimante; il faudra donc alors porter l'instrument sur les extrémités du diamètre opposé à celui qui est enclavé : ainsi, la tête placée transversalement est-elle retenue entre le pubis et le sacrum, elle ne peut être saisie que de l'occiput au menton. C'est le seul cas où il soit permis de placer une cuiller sur la face.

Les branches seront introduites sur les côtés du bassin, en commençant par la gauche; aussitôt que la tête sera dégagée, on changera sa position pour terminer l'accouchement comme à l'ordinaire.

B. *Présentations de la face.*

Dans toutes les positions de la face, le forceps ne peut la saisir sans qu'elle se présente du front au menton au diamètre sous-pubien du détroit inférieur; et comme l'accouchement est alors impossible, l faut, à l'aide du levier ou d'une branche du forceps, changer ces positions pour une position du sommet. On peut encore commencer par saisir la tête, en suivant pour chaque position les règles établies pour les positions correspondantes du sommet; on l'ébranle, et, à l'aide des quatre derniers doigts de l'une ou de l'autre main portés au-dessous du nez, on fait basculer la tête de bas en haut, et on en change ainsi la position.

C. *Le tronc étant en dehors.*

La tête étant restée dans la matrice après la sortie du tronc, l'occiput peut affecter les mêmes rapports que lorsque la tête se présente la première. Pour appliquer le forceps, on relève le corps de l'enfant et les bras sous le ventre de la mère pour les positions occipitales antérieures, et dans chaque position on introduit les branches de la même manière que pour les positions correspondantes du sommet. Au dégagement de la tête, la nuque appuie sur l'arcade pubienne, et la face se dégage du menton vers le front à la commissure postérieure.

Pour les positions occipito-postérieures, le corps de l'enfant est porté en arrière vers le périnée; la face se dégage sous l'arcade du pubis, toujours du menton avec le front.

Lorsque la tête est au-dessus du détroit supérieur, il est souvent difficile d'appliquer le forceps. *Baudelocque* voulait qu'il fût introduit tantôt au-dessus du tronc, et tantôt en dessous; M. *Gardien*, au contraire, veut que ce soit toujours en dessous; M. *Capuron* croit impossible d'établir des règles fixes, et se laisse guider par les circonstances.

Une règle générale applicable à tous les cas de ce genre, c'est d'incliner le tronc du côté de l'occiput, et de faire suivre au corps les mêmes mouvemens de rotation que ceux qu'on imprime à la tête.

D. *La tête étant séparée du tronc.*

Si la tête n'est pas engagée, il faut tâcher de lui donner une bonne direction ; il devient souvent alors aussi facile de la saisir que si elle précédait le tronc. La chose offre bien plus de difficultés si la tête est mobile au détroit supérieur. La manière de se servir du forceps est la même que si la tête venait la première.

La présentation du pelvis quand l'enfant est mort, et les cas de monstruosité qui peuvent s'offrir, présentent quelques indications particulières pour appliquer le forceps, que l'étendue déjà trop longue de cette dissertation ne nous permet pas d'exposer ici, mais dont il est aisé de se faire une idée d'après ce qui précède.

Des détails plus étendus sur la manière d'appliquer le forceps dans les cas divers qui en réclament l'emploi auraient peut-être été nécessaires, si la nature de mon travail ne m'eût interdit de plus amples développemens dans un sujet aussi vaste.

ΙΠΠΟΚΡΑΤΟΥΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ.

Α'.

Ἐς δὲ τὰ ἔσχατα νουσήματα, αἱ ἔσχαται θεραπειαι ἐς ἀκριβέιην κράτιστα.

Β'.

Ὅκου παραφροσύνην ὕπνος παύῃ, ἀγαθόν.

Γ'.

Κόποι αὐτόματοι φράζουσι νούσους.

Δ'.

Τριταίος ακριβὴς ἐν πεντε ἢ ἐν επτά περιόδησιν, ἢ τὸ μακρογατον ἐν ἐννέα κρίνεται.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum fallax, judicium difficile.

II.

A plagâ in caput stupor aut delirium, malum.

III.

Quæ in utero gerunt, harum os uteri clausum est.

IV.

Melancholicis et nephriticis hæmorrhoïdes supervenientes, bonum.

V.

Quæcumque jejunæ multis diebus biliosa vomitione rejiciunt, si neque uterum gerunt, neque febre detinentur, interrogabis num lumbricos rotundos ore cum vomitu refundant; id enim, nisi fateantur, ipsas affecturum prædices. Potissimùm autem mulieres invadit hic morbus, deindè virgines, reliquos verò homines minimè. (*De morbis*, lib. 4.)

PROPOSITIONS.

I.

La phlegmasie d'un organe, pour peu qu'elle ait de durée, n'amène peut-être jamais la mort du malade sans avoir produit, par sympathie ou par voie de continuité, l'inflammation d'un autre organe.

II.

Dans les cas de fracture des membres, si l'on arrive auprès du malade lorsqu'un engorgement inflammatoire est déjà survenu, on doit combattre cette complication, et l'on peut attendre quatre à cinq jours au moins avant d'appliquer l'appareil.

III.

La femme affectée de syphilis constitutionnelle la transmet au fœtus renfermé dans son sein; ce qui prouve à la fois que le virus circule avec le sang, et que celui-ci ne subit point d'élaboration en passant de l'utérus au placenta.

IV.

Les applications de sangsues faites sur une tumeur squirrheuse ou peu avancée ne font ordinairement que hâter sa désorganisation, et produisent à la peau des ulcères de mauvaise nature.

V.

Des sangsues appliquées autour de la base d'un squirrhe arrêtent ses progrès en étendue; mais elles accélèrent en même temps la désorganisation de la tumeur, pour peu qu'elle soit avancée.

VI.

Dans les maladies des articulations du poignet, lorsque les ongles se ternissent et que les doigts commencent à s'effiler, je n'ai jamais vu le mal rétrograder, quel qu'ait été le traitement mis en usage, et l'amputation de l'avant-bras a toujours été nécessaire.

VII.

Quand le médecin connaît parfaitement l'idiosyncrasie du malade qu'il est appelé à secourir, il établit son diagnostic avec plus de certitude, et il combat le mal avec plus de succès.

VIII.

Il serait donc avantageux pour le malade d'avoir toujours le même médecin.

FIN.

VI.

Dans les maladies des articulations du poignet, lorsque les ongles se terminent et que les doigts commencent à s'effiler, je n'ai jamais vu le mal rétrograder, quel que fût le traitement mis en usage, et l'amputation de l'avant-bras actuellement nécessaire.

VII.

Quand le médecin connaît parfaitement l'idiosyncrasie du malade qu'il est appelé à secourir, il établit son diagnostic avec plus de certitude, et il combat le mal avec plus de succès.

VIII.

Il serait donc avantageux pour le malade d'avoir toujours le même médecin.

FIN